

职业康复有关情况
Vocational Information

FOR DVR STAFF ONLY
VRC ASSIGNED
APPLICATION DATE

请尽量完整填写此表格。这些情况将有助于职业康复处(DVR)确定您的资格条件以及职业康复计划安排。您的全部情况都将得到保密, 并仅仅用于为您安排必要的职业康复服务。如果您在填写此表格时需要帮助, 可以请您的辅导员协助。

家长或法定监护人

您是否是未成年人(即未满 18 岁者), 或者有一位由法庭指定的法定监护人? 是 否
若是如此, 请提供您的家长或法定监护人之联系信息。

姓名	电话号码	电子邮箱地址
----	------	--------

邮寄地址	城市	州	邮政编码
------	----	---	------

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF
If individual has a legal guardian, DVR has obtained proof of legal guardianship? Yes No

I. 个人情况

1. 社会安全号码	2. 申请者名字	中间名缩写	姓氏
-----------	----------	-------	----

3. 性别 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	4. 出生日期	5. 您所在的县
--	---------	----------

6. 街道名称与门牌号码	城市	州	邮政编码
--------------	----	---	------

7. 电子邮箱地址	8. 视讯电话 IP 定位址
-----------	----------------

9. 电话号码(包括区域号码) <input type="checkbox"/> 电话留言 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> TTY/TDD 专线	10. 电话号码(包括区域号码) <input type="checkbox"/> 电话留言 <input type="checkbox"/> 传真 <input type="checkbox"/> TTY/TDD 专
--	--

11. 婚姻状况 <input type="checkbox"/> 未曾结过婚 <input type="checkbox"/> 已婚 <input type="checkbox"/> 分居 <input type="checkbox"/> 已离婚 <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 孀居

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.
Number in family: _____ Number of dependents: _____

12. 法律问题
您是否有任何会对您能否从事某些特定工作或在某些特定领域工作造成影响的犯罪历史? 是 否
您是否曾因酒后或药后驾驶(DWI)/在酒精或药物影响下驾驶(DUI)而被定罪? 是 否
您是否曾被判过重罪? 是 否 若是如此, 请提供下列情况:
缓刑监督/假释官姓名: _____ 电话号码: _____
释放日期: _____ 城市/司法管辖区: _____

13. 您是否独立生活? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	FOR DVR STAFF ONLY: IF IL ISSUES EXIST, COMPLETE IL VOCATIONAL INFORMATION ADDENDUM.
--	---

14. 您是否需要帮助以解决任何独立生活问题? 是 否 若是如此, 请说明:

15. 您在现住址居住已有多久了? _____
您是否准备在最近搬迁? 是 否

16. 家庭成员之姓名	与您的关系	家庭成员之姓名	与您的关系

17. 由谁向您转介 DVR?

II. 教育与勤工俭学

18. 您是否已完成高中学业? 是 否 若是如此, 您是否获得: 文凭; 或者 普通中等教育证书(GED)

学校名称	毕业年份	城市与州名称	若非如此, 请问您最后就读哪一年级?

19. 您是否上过大学? 是 否

学院/大学名称	年份	主修范围	学位

20. 其它学校或培训:

21. 您是否曾有学习障碍问题? 是 否 若是如此, 请说明:

22. 您目前是否有工作? 是 否 若是如此, 请问您的月收入额是多少? \$ _____

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Occupation category: _____

Weekly earnings: _____ **Hour worked:** _____

工作简历: 请从您最近或最后从事的工作开始填写

工作职称	雇主	城市与州名称
开始日期	结束日期	薪资 \$ 每
		辞职原因

技能与职责			
工作职称		雇主	城市与州名称
开始日期	结束日期	薪资 \$ 每	退休原因
技能与职责			
工作职称		雇主	城市与州名称
开始日期	结束日期	薪资 \$ 每	退休原因
技能与职责			
工作职称		雇主	城市与州名称
开始日期	结束日期	薪资 \$ 每	退休原因
技能与职责			

在您从事工作时是否需要或者曾为您提供或试用过任何辅助装置或合理的便利条件？
若是如此，请说明：

III. 联系信息

23. 如果我们无法与您取得联系，我们应与何人联系？

姓名	地址	电话号码	与您的关系

IV. 族裔

此类情况不属于必填内容，但有助于我们确保所提供的服务不受种族、肤色或原国籍等因素的影响。

您是否是西班牙人/西班牙裔： 是 否

若是如此，请勾选下面的相应方框：

美籍墨西哥裔

波多黎各人

古巴人

其它（请具体说明）：_____

请根据您的种族/族裔而勾选下面的相应方框。

白人/美籍欧裔

华人

日本人

寮国人

非洲裔美国人

菲律宾人

萨摩亚人

泰国人

阿留申岛居民

夏威夷人

亚洲印度人

其他亚裔或太平洋群岛居民

爱斯基摩人

韩国人

关岛人

其它（请具体说明）：

美洲印第安人

越南人

柬埔寨人

请列明部落：_____

我不想提供有关本人种族和（或）族裔的情况。

V. 语言交际和特殊需求

24. 您能流利运用哪种语言交谈、阅读和（或）书写？

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

English speaking ability: _____ **Reading ability:** _____

Primary language: _____

Communications ability: _____

Transportation use ability: _____

VI. 生活来源与医疗保险

25. 若不工作，您如何维持自己的生活？

26. 来自您所有收入来源和（或）福利的月收入总额是多少？ \$ _____

27. 若参加工作，您每月需挣得多少工资才能维持您本人和（或）您家的生活？

\$ _____

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Primary support: _____

Public support: _____

Support amount: _____ **Family income:** _____

28. 您是否有医疗保险？ 是 否 医疗辅助方案福利 联邦医疗保险方案福利 雇员补偿金
您的医疗保险是否由雇主提供？ 是 否

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Type of institution: _____

29. 您是否参与下列任何机构或计划活动？

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 无 | <input type="checkbox"/> 农业季节工 |
| <input type="checkbox"/> 酒精/毒品戒除治疗 | <input type="checkbox"/> 流动农工 |
| <input type="checkbox"/> 发展残障(DD) | <input type="checkbox"/> 高中 (22 岁以下) |
| <input type="checkbox"/> 社会福利服务部(DSHS)的经济、社会福利和医疗计划 | <input type="checkbox"/> 社会安全局 |
| <input type="checkbox"/> 就业保障(ES) | <input type="checkbox"/> 辅助就业 |
| <input type="checkbox"/> 就业培训协作 | <input type="checkbox"/> 退伍军人 |
| <input type="checkbox"/> 劳工与工商保险(L&I) | <input type="checkbox"/> 其它 (请具体说明) : |
| <input type="checkbox"/> 心理健康服务(MHD) | |
| <input type="checkbox"/> 企业协作就业项目(PWI) | |

THIS SECTION IS TO BE COMPLETED BY DVR STAFF.

Funding source: General
 Supported employment

Proviso: DD MH Transition

VII. 文件记录/职业康复

30. 您过去是否曾参加过 DVR 计划? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是如此, 请问何时	何地
职业康复辅导员之姓名		您的姓名 (若与当时的姓名不同, 则请填写)

31. 您想从 DVR 获得哪些服务?

32. 您是否曾服过兵役? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是如此, 请填写兵种	日期	退役类别
33. 您是否有可靠的交通工具? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若是如此, 请问是哪种交通工具		目前有效的驾驶执照
34. 您的出生地点在何处?	城市	州	国家

归化入籍公民 <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若非归化入籍公民, 请问您是否有目前有效的工作许可证 (绿卡)? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	若无目前有效的工作许可证, 请说明
	若有目前有效的工作许可证, 请填写期满失效日期	

35. 您目前对哪些工作感兴趣?

36. 您是否有任何特殊技能、证书或执照? 是 否 若是如此, 请简要说明:

37. 如果您目前未参加工作, 请问您为就业或谋职做过哪些准备?

38. 您此刻对就业是否有任何展望? 是 否

39. 您的长期职业目标是什么？

40. 请描述您在最近五年内所接受的职业测试。

VIII. 医疗/心理状况

41. 您是否有一种或一种以上会影响您工作能力的病症？ 是 否

42. 您的病症是否属于：

- | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 身体症状 | <input type="checkbox"/> 酒精/毒品 | <input type="checkbox"/> 精神病/情感 |
| <input type="checkbox"/> 神经病 | <input type="checkbox"/> 感官（听力/视觉） | <input type="checkbox"/> 学习障碍 |

43. 请简要描述有关症状：

44. 就谋职、保持工作或履行基本工作职责而言，您的症状会造成哪些障碍？

45. 您是否有以下病症或潜在症状？

- | | | | |
|-----------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 视觉/听力/语言 | <input type="checkbox"/> 排便 | <input type="checkbox"/> 头部受伤或中风 | <input type="checkbox"/> 肿瘤/癌症 |
| <input type="checkbox"/> 高血压 | <input type="checkbox"/> 短暂昏晕/昏厥 | <input type="checkbox"/> 心脏 | <input type="checkbox"/> 癫痫/惊厥 |
| <input type="checkbox"/> 血液病 | <input type="checkbox"/> 失眠症 | <input type="checkbox"/> 哮喘/呼吸短促 | <input type="checkbox"/> 头痛 |
| <input type="checkbox"/> 过敏症/皮疹 | <input type="checkbox"/> 慢性疼痛 | <input type="checkbox"/> 胃，肠道 | <input type="checkbox"/> 行动 |

46. 您是否曾发生过失去知觉的情况？ 是 否 若是如此，请简要说明：

47. 请说明其它健康问题：

48. 您是否有以下病症或潜在症状？

- | | | | |
|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 精力/体力 | <input type="checkbox"/> 抑郁 | <input type="checkbox"/> 记忆力 | <input type="checkbox"/> 发怒/脾气暴躁 |
| <input type="checkbox"/> 听从指教 | <input type="checkbox"/> 阅读或写作 | <input type="checkbox"/> 压力 | <input type="checkbox"/> 注意力集中 |
| <input type="checkbox"/> 与他人和睦相处 | <input type="checkbox"/> 配合 | <input type="checkbox"/> 做事过慢 | <input type="checkbox"/> 数学 |
| <input type="checkbox"/> 上班缺勤过多 | <input type="checkbox"/> 言语 | <input type="checkbox"/> 焦虑或惊慌 | |

49. 您是否曾因情感或心理健康问题而接受过任何治疗？ 是 否 若是如此，请说明：

50. 请列出为您提供治疗的医生或专科医生。

治疗日期	姓名	地址

51. 您是否曾因任何病症而住院？ 是 否

治疗日期	医院名称	地址
原因		
原因		
原因		

52. 您目前是否在服用任何药物？ 是 否 若是如此，则请列明：

53. 是否有任何辅助设备或其它技术有助于您履行工作职责？